

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 52

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS BÉNIGNES DE LA BASE DE LA LANGUE
ET DU PHARYNX INFÉRIEUR

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 22 Décembre 1924

PAR

Georges-Marius-Fernand-Louis PONS

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à CARCÈS (Var), le 26 mai 1899.

Examineurs de la Thèse	{	MM. MOURE, professeur	Président.
		SABRAZÈS, professeur.	Juges.
		MURATET, agrégé.....	
		BONNIN, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
47, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 47

1924

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 52

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DÈS

TUMEURS BÉNIGNES DE LA BASE DE LA LANGUE ET DU PHARYNX INFÉRIEUR

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 22 Décembre 1924

PAR

Georges-Marius-Fernand-Louis PONS

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à CARCÈS (Var), le 26 mai 1899.

Examineurs de la Thèse	{	MM. MOURE, professeur	<i>Président.</i>
		SABRAZÈS, professeur	{ <i>Juges.</i>
		MURATET, agrégé	
		BONNIN, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, VILLAR.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	N.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants..	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGES.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUIL
Hygiène.....	AUCHÉ.	Pathol. ext. et chirurg. opératoire et expériment.	N.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales..	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	DUVERGEY.
id.....	N.	id.....	PAPIN.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	JEANNENEY.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	CREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	ANDÉRODIAS
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Clin. des mal. des voies urinaires.....	DUVERGEY.	Chimie minérale.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Hygiène appliquée.....	N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

Qu'il me soit permis, en tête de ce modeste travail, de vous exprimer ma profonde reconnaissance pour tous les sacrifices que vous avez faits pour moi.

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX ET DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLEMY

*Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUAY

*Médecin de 1^{re} classe de la Marine,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PORTMANN

*Médecin de 1^{re} classe de la Marine (C. R.),
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de Saint-Sava (Serbie).*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E.-J. MOURE

*Professeur de clinique d'oto-rhino-laryngologie,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique,
Grand' Croix de l'ordre d'Isabelle la Catholique,
Grand' Croix de l'ordre d'Alphonse XII.*

Qui a bien voulu accepter la présidence
de ma thèse.

Hommage de ma profonde reconnais-
sance.

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
TUMEURS BÉNIGNES DE LA BASE DE LA LANGUE
ET DU PHARYNX INFÉRIEUR

INTRODUCTION

La base de la langue et le pharynx inférieur peuvent être le siège d'un grand nombre de tumeurs bénignes; presque toutes les variétés y ont été représentées. Il nous a semblé, néanmoins, que ces formations étaient relativement rares au niveau de ces organes comparativement aux autres parties de la cavité pharyngienne qui sont un siège plus fréquent de ces néoplasies. Nous avons trouvé, dans la littérature médicale, un certain nombre de documents et d'observations; tous les auteurs s'accordent à reconnaître ce peu de fréquence.

Nous nous sommes proposé, dans notre travail inaugural, de faire une étude synthétique de cette question et nous avons divisé notre sujet de la façon suivante :

Nous rappelons au début l'anatomie des régions que nous étudions et nous en fixons les limites.

Nous faisons ensuite une revue de la littérature médicale.

Dans une seconde partie, nous étudions séparément chaque variété de tumeurs et nous précisons la symptomatologie générale.

Enfin, dans un dernier chapitre, nous passons en revue les divers modes de traitement qui sont à notre disposition.

Nous tenons à exprimer ici notre profonde reconnaissance et nos vifs remerciements à M. le professeur agrégé Portmann, qui nous a inspiré ce travail et qui a bien voulu nous guider dans nos recherches.

CHAPITRE PREMIER

NOTIONS ANATOMIQUES SUR LA BASE DE LA LANGUE ET LE PHARYNX INFÉRIEUR

I

Si nous considérons la cavité pharyngienne dans son ensemble, nous pouvons la comparer, suivant le terme classique, à un véritable carrefour, continuant dans sa partie supérieure les cavités nasales et buccales et aboutissant en bas, d'une part au larynx et à la trachée, et, d'autre part, à l'œsophage. Si nous suivons cette cavité de haut en bas, et si nous tenons compte de ses rapports avec les organes voisins, une division naturelle s'impose à notre esprit. Tout d'abord, une première portion, le pharynx nasal, s'étend de la partie supérieure de l'organe au voile du palais. C'est sur la paroi antérieure de ce rhino-pharynx que l'on observe les orifices postérieurs des fosses nasales ou choanes et sur les parois latérales que l'on décrit la fossette de Rosenmüller et l'orifice pharyngien de la trompe. Au pharynx nasal fait suite une deuxième portion, la portion buccale ou oro-pharynx dont la limite inférieure toute conventionnelle est constituée par un plan horizontal passant par l'os hyoïde. L'oro-pharynx a la forme d'une gouttière ouverte en avant. Sa paroi postérieure répond au corps des deux premières vertèbres cervicales. Sa paroi antérieure nous intéresse tout particulièrement : Elle comprend deux parties : une partie antérosupérieure au niveau de la-

quelle la bouche communique avec la cavité pharyngienne par l'isthme du gosier : Celui-ci est délimité, en haut, par le bord inférieur du voile du palais, sur les côtés par le bord libre des piliers antérieurs, en bas par la base de la langue qui constitue la paroi antéro-inférieure du pharynx buccal.

La base de la langue correspond au segment pharyngien de la portion mobile de la langue. Sa direction est verticale et regarde la cavité pharyngienne.

Elle commence sur la ligne médiane, au sommet du V lingual qui forme sa limite supérieure, et sur les parties latérales, aux replis que forment les muscles staphylo-glosses en passant du pilier antérieur du voile du palais sur la langue. Elle se termine en bas et en arrière au niveau des fossettes glosso-épiglottiques.

Nous décrirons successivement une face postérieure ou pharyngienne, deux bords latéraux et deux extrémités.

La face postérieure est de forme quadrilatère et constitue, ainsi que nous l'avons dit plus haut, la paroi antéro-inférieure de la portion buccale du pharynx. Sa surface est inégale et parsemée de saillies irrégulières, hémisphériques, d'un diamètre de un à quatre millimètres environ : ce sont les follicules clos, particulièrement abondants en arrière du V lingual, où leur hypertrophie constitue l'amygdale linguale ou quatrième amygdale. Cette tonsille est cachée en partie par le relèvement de l'épiglotte qui vient s'adosser par sa face antérieure sur la base de la langue et cache aussi un repli médian, glosso-épiglottique, dirigé d'avant en arrière.

L'extrémité supérieure, ainsi que nous l'avons vu, est formée par le V lingual.

L'extrémité inférieure est unie à la face antérieure de l'épiglotte par trois replis à direction antéro-postérieure : ce sont les replis glosso-épiglottiques, dont l'un est médian et les deux autres latéraux. Entre eux se trouvent délimitées les fossettes glosso-épiglottiques.

Les bords latéraux sont en rapport avec la partie inférieure de la loge amygdalienne et avec l'amygdale palatine.

L'oro-pharynx se continue en bas d'une façon insensible avec la portion inférieure du pharynx appelée pharynx-laryngé, laryngo-pharynx et aussi par Mickulitz hypopharynx.

L'hypopharynx, zone de transition à peu près aussi mal délimitée en bas vers l'œsophage qu'en haut vers l'oro-pharynx, a été longtemps considéré comme le commencement du tube œsophagien dilaté en entonnoir (Galien). Depuis les travaux de Winslow et de Morgani, qui ont montré la différence de sa musculature avec celle du tube œsophagien, il a acquis une individualité anatomique.

L'hypopharynx est « limité en haut, par un plan horizontal passant par la partie moyenne de l'os hyoïde; en bas et en avant, par le bord inférieur du cartilage cricoïde; en bas et en arrière, par le bord inférieur du muscle constricteur du pharynx. A ce niveau, ce muscle présente de nombreuses fibres striées horizontales, qui offrent l'aspect d'un véritable sphincter et constituent la partie fondamentale que Killian a appelée la bouche de l'œsophage » (Boutin).

L'hypopharynx peut être comparé à un entonnoir à grande base supérieure, aplati en bas d'avant en arrière (le larynx, en se projetant sur la paroi antérieure, réduit la cavité à une fente transversale). Large en haut de 3 à 4 centimètres, il se rétrécit jusqu'à sa terminaison, où son calibre n'est plus que de 14 millimètres.

Nous décrirons à l'entonnoir pharyngien quatre parois : une paroi antérieure, une paroi postérieure et deux parois latérales.

La paroi antérieure est en rapport avec la paroi postérieure de l'organe vocal. De haut en bas elle présente successivement : l'orifice du larynx limité en avant par le bord libre des replis ary-épiglottiques, en arrière par la saillie des cartilages aryténoïdes et la dépression inter aryténoïdienne; la face postérieure des cartilages aryténoïdiens réunis par les muscles ary-aryténoïdiens, enfin la plaque du cartilage cricoïde dont la crête médiane proémine sous la muqueuse.

La paroi postérieure est exclusivement pharyngée; presque

plane à l'état de vacuité du pharynx, elle devient concave quand il est dilaté. Elle est recouverte par une muqueuse rouge pâle qui présente de légères saillies dues aux glandes sous-muqueuses.

Les parois latérales ont la forme d'un triangle à base supérieure. Elles disparaissent au niveau du bord supérieur du cartilage cricoïde pour se transformer en un simple sillon. Elles se réunissent à la paroi antérieure sur les côtés de la saillie laryngienne, où elle contribuent à former les fosses pharyngo-laryngées ou sinus pyriformes.

II

STRUCTURE ANATOMIQUE ET HISTOLOGIQUE DE LA BASE DE LA LANGUE ET DE L'HYPHARYNX (VAISSEAUX ET NERFS).

La structure des régions que nous étudions est au point de vue histologique à la fois complexe et variée.

BASE DE LA LANGUE. — Cette région est constituée par trois ordres d'éléments : un appareil de soutien, une couche musculaire et une muqueuse.

L'appareil de soutien est formé par le septum lingual et la membrane hyo-glossienne; ces formations sont exclusivement constituées par du tissu conjonctif dans lequel des noyaux osseux et cartilagineux sont disséminés.

La couche musculaire comprend un ensemble de muscles dans l'énumération desquels nous n'entrerons point : ils sont au nombre de dix-sept, seize sont pairs, l'autre est impair. Ce sont des muscles à fibres striées.

La muqueuse de la base est particulièrement intéressante par la diversité des éléments qui entrent dans sa constitution; nous décrirons des papilles, un derme, un épithélium et des glandes.

Les papilles comprennent quatre variétés : les papilles caliciformes volumineuses sont situées au niveau du V lingual;

les papilles fongiformes rouges ressemblent à des champignons et sont réparties sur toute la surface de l'organe, particulièrement à sa partie supérieure; enfin les papilles filiformes et foliées sont beaucoup moins importantes.

Le derme est constitué par des cellules fixes, des faisceaux conjonctifs et élastiques et des fibres musculaires qui entourent les papilles caliciformes.

L'épithélium est pavimenteux stratifié et est implanté sur une basale mince.

Les glandes ont une grande importance, car elles deviennent facilement la cause de tumeurs dites adénomes. Ce sont soit des glandes séreuses comme les glandes d'Ebner qui sont annexées aux papilles caliciformes et foliées; soit des glandes mixtes réparties en plusieurs groupes : à la base, le groupe supra-musculaire de l'amygdale linguale (qui avec l'amygdale pharyngée et les amygdales palatines constitue l'anneau lymphatiques de Waldeyer et est souvent le siège de lésions inflammatoires); sur les bords, le groupe dit organe de Mayer; à la face supérieure, le groupe intra-musculaire de Blandin-Nühn.

Nous parlerons ici d'une malformation d'origine congénitale, mais qui est extrêmement fréquente, c'est-à-dire : le canal de Bochdalek, qui s'ouvre au niveau du « foramen cæcum. » On sait que le corps thyroïde résulte de l'union de deux bourgeons latéraux et d'un bourgeon médian. Ce bourgeon médian (ébauche de la thyroïde médiane) naît de la paroi antérieure du pharynx buccal (foramen cæcum) et se porte en avant et en bas à la région antérieure du cou, où il s'unit aux autres bourgeons. L'extrémité inférieure seule du bourgeon médian prend part à la formation du corps thyroïde : son pédicule, [creux d'abord (canal) puis plein (cordon)] rattache seulement l'organe à l'épithélium bucco-pharyngien. Ce pédicule doit disparaître vers le deuxième mois, mais il arrive très fréquemment qu'il persiste en partie ou en totalité, et dans ces cas il se présente sous deux formes : canal ou cordon, constituant le canal thyro-glosse de His et le tractus

thyroéo-glosse. C'est la partie supérieure de ce tractus de His, qui commence sur la base de la langue au niveau du foramen cæcum, qui forme le canal de Bochdalek aux dépens duquel se développent des kystes mucoïdes.

B. PHARYNX INFÉRIEUR. — L'hypopharynx possède une structure qui n'est guère moins complexe que celle de la base. Il se compose essentiellement de trois tuniques qui sont en allant de dehors en dedans : une tunique musculaire, une tunique fibreuse et une muqueuse.

La tunique musculaire est constituée par trois muscles qui s'imbriquent de bas en haut à la manière d'un toit (muscles constricteurs) et sont composés de fibres striées.

La tunique fibreuse ou aponévrose du pharynx est formée de faisceaux conjonctifs, de directions diverses et diversement croisés, auxquels s'ajoutent des éléments élastiques. Elle sert d'appui à la tunique musculaire et est doublée en dedans par la muqueuse.

La muqueuse recouvre superficiellement ces tissus. Elle est blanche, ou légèrement rosée. Elle présente de nombreux plis verticaux et se compose d'un chorion et d'un épithélium.

Le chorion est formé par du tissu élastique disposé en travées fibreuses qui vont se prolonger dans une lame de tissu conjonctif résistant. Au-dessus de cette lame s'étend une couche de tissu lymphoïde hérissé de papilles.

L'épithélium, comme celui de la base de la langue, est pavimenteux stratifié. Entre les cellules débouchent des glandes mixtes : ces glandes, dans lesquelles prédominent les éléments muqueux, sont de taille variable et se prolongent jusqu'au chorion.

VAISSEAUX ET NERFS. — *Artères.* — La base de la langue est particulièrement irriguée par la dorsale de la langue, branche de la linguale; elle reçoit aussi quelques rameaux de la palatine inférieure et de la pharyngienne inférieure (branche de la carotide externe).

L'hypopharynx reçoit ses artères de la pharyngienne inférieure. Il reçoit aussi des ramifications de la thyroïdienne

supérieure, de la pharyngo-palatine et de la palatine inférieure.

Veines. — Les veines de la base et de l'hypopharynx forment des plexus dont les branches efférentes vont se jeter dans la jugulaire interne.

Lymphatiques. — Ils forment deux réseaux au niveau de la base de la langue, un réseau superficiel et un réseau profond dont les collecteurs se rendent aux ganglions les plus élevés de la chaîne cervicale accolée à la jugulaire interne.

Les lymphatiques de l'hypopharynx forment également deux réseaux au niveau de la muqueuse et de la couche musculaire. Les collecteurs aboutissent aux ganglions supérieurs de la chaîne cervicale sous-mastoïdienne.

Nerfs. — Les nerfs moteurs de la base sont fournis par l'hypoglosse. Les nerfs sensitifs viennent du lingual et du glosso-pharyngien.

Le pharynx inférieur est innervé par le glosso-pharyngien et accessoirement par le pneumo-spinal et le grand-sympathique. Le nerf laryngé externe et le récurrent envoient aussi à cette partie du pharynx quelques fins rameaux destinés à la muqueuse.

CHAPITRE II

DÉFINITION ET HISTORIQUE

I

Les tumeurs bénignes de la base de la langue et du pharynx inférieur sont peu fréquentes. Nous en tenant aux définitions classiques qui nous ont paru les meilleures, nous entendons, par tumeur, toute masse constituée par un tissu de nouvelle formation, étrangère à tout processus inflammatoire simple ou spécifique, cette masse ayant de la tendance à s'accroître ou à persister; nous distinguons les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes et nous accordons aux premières ces caractères particuliers qui sont la lenteur de l'évolution, la rareté des récidives, l'absence de généralisation, l'influence nulle sur l'état général du porteur.

Nous éliminons donc du cadre de notre étude toutes les affections qui ne répondent pas à ces définitions, mais dont les caractères et la symptomatologie peuvent en imposer pour des tumeurs, tels que certaines lésions tuberculeuses et syphilitiques, et aussi les mycoses de toutes sortes, les anévrismes, les kystes hydatiques, les varices de la base de la langue et l'hypertrophie de l'amygdale linguale.

Les tumeurs bénignes peuvent se développer aux dépens de tous les tissus de l'organisme, et leur constitution histologique rappelle toujours celle de l'élément sur lequel elles ont proliféré, cela, toutefois, quand la tumeur est histologiquement pure. Nous avons vu dans le chapitre précédent quelle diversité de tissus et d'éléments histologiques entrent

dans la constitution des régions que nous étudions. Certains de ces éléments sont les mêmes au niveau de la base de la langue et de l'hypopharynx. Nous devons donc nous attendre à voir se développer sur ces organes un grand nombre de néoplasies. Dans le tableau ci-dessous nous avons groupé les éléments histologiques qui constituent ces régions et les diverses variétés de tumeurs qui peuvent se développer à leurs dépens.

Base de la langue.		Hypopharynx.	
Muqueuse	Papilles.....	Papillomes.	
	Glandes.....	Adénomes.	Adénomes.
		Kystes.	Kystes.
Tissu fibreux, musculaire, cellulaire.		Fibromes.	Fibromes.
		Myxomes.	Myxomes.
		Lipomes.	Lipomes.
Vaisseaux et lymphatiques.		Angiomes.	Angiomes.
		Lymphangiomes. . .	Lymphangiomes.
Canal de Bochdalek.		Kystes mucoïdes.	
		Goîtres linguaux.	

En fait, toutes les tumeurs que nous énumérons ont été observées; mais si certaines d'entre elles sont relativement fréquentes, d'autres, au contraire, se montrent avec une extrême rareté, à tel point que leur présence constitue une exception.

Ces néoplasies, dont la structure rappelle celle d'un tissu préexistant, ne sont pas les seules qui furent observées au niveau de la base de la langue et du pharynx inférieur. Il peut s'y développer d'autres tumeurs bénignes dont la structure histologique diffère tout à fait de celle des éléments qui constituent ces régions. Ce sont surtout des goîtres aberrants, des kystes mucoïdes, des polypes dermoïdes, des enchondromes. On a, pour expliquer la présence de ces formations, invoqué diverses théories (inclusion embryonnaire de tissus chondrigènes pour les enchondromes, persistance du canal de Bochdalek et thyroïdes accessoires pour les kystes mucoïdes et les goîtres, etc.).

II

De nombreux travaux ont été publiés sur les tumeurs bénignes de la base de la langue et du pharynx inférieur. Ces travaux ne s'attachent en général qu'à une variété de tumeurs et sont surtout des commentaires d'observations.

Goîtres de la base de la langue. — Ils nous ont paru de beaucoup les mieux étudiés. Doré (thèse, Bordeaux, 1922), dans un travail très complet, met définitivement au point cette question et publie 102 observations. Nous ne nous occupons donc pas davantage de ces néoplasies et nous renvoyons à cet auteur pour leur étude.

Fibromes. — Ces tumeurs sont de beaucoup les plus fréquentes, bien que leur localisation sur la base de la langue et au niveau de l'hypopharynx soit plus rare que dans les autres parties des cavités pharyngienne et buccale. Ainsi, sur trente sept cas de fibromes de la langue publiés par Castéra (1913), trois ou quatre seulement siégeaient sur la base; sur six observations publiées par les professeurs Chavannaz et Sabrazès, dans leurs travaux sur les fibromes de la langue, on ne note aucune localisation à la base.

La première étude de ces tumeurs semble avoir été faite par Maisonneuve en 1848. Depuis, Butlin, Pooley et Gible publient des observations.

Du Fayet de la Tour fait une thèse en 1891.

Récemment, Rendu (1923), recueille un cas intéressant.

Lipomes. — Egalement fréquents, ils inspirèrent de nombreuses recherches. Malon, en 1880, publie onze observations de lipomes de la base de la langue; Labat, en 1880, Dérégneucourt, en 1896, font chacun une thèse. Shattock, Kenyon (1912), Goris (1921), Layton (1923), publient des observations.

Angiomes. — Ils ne sont pas rares au niveau de ces organes. Maisonneuve les étudie en 1848, dans son *Traité des tumeurs*.

Nous rappelons aussi les thèses de Fouchon (Paris, 1862), de Jullian (Bordeaux, 1885). Les travaux de Cornil et Ranvier; ceux de Moure et de son élève Manon (1886), de Fallas (1912) et de Becco (1917).

Papillomes. — Fréquents au niveau de la base de la langue, ils sont rares dans l'hypopharynx. Cicconnardi (1883), Vazzolino (1885), publient des observations. Emeric (1899), les étudie dans sa thèse.

Nous signalerons aussi les travaux de Mackenzié, de Berger et de Hoppmann (1911).

Polypes dermoïdes. — On les observe surtout dans le pharynx inférieur. De nombreux travaux ont été faits sur ces tumeurs. Nous citerons ceux de Bréhom (1903), Bouillaud (1892), Decloux (1899), Caraguel (1906), Texier (1900).

Kystes mucoïdes. — Ils furent étudiés pour la première fois en 1866 par Bochdalek, qui émit les premières idées sur leur origine. Depuis, ses théories furent défendues par Neumann (1877). Plus tard, Martin publie une thèse, Verchère et Denucé font de nouvelles recherches.

Les autres tumeurs sont extrêmement rares. Les myxomes sont exceptionnels. Quelques cas d'adénomes (Butlin, Solis Cohen, Creswel Baber, Sue) et de chondromes (Weber, Arnold et Bastien, Zahn) ont été recueillis.

CHAPITRE III

ETUDE DE CHAQUE VARIETE DE TUMEURS BENIGNES EN PARTICULIER

Nous avons vu que les tumeurs bénignes de la base de la langue et du pharynx inférieur présentaient un certain nombre de caractères généraux. Mais chaque variété de ces tumeurs possède une structure histologique qui lui est propre et des particularités qui permettent de différencier les unes des autres ces néoplasies. De plus suivant leur siège anatomique, ces formations peuvent avoir des caractères spéciaux et qu'il est intéressant d'étudier.

FIBROMES.

Les fibromes sont les tumeurs de beaucoup les plus fréquentes. Elles s'observent plus particulièrement chez l'adulte de sexe masculin. Nous ne nous attarderons pas sur l'étiologie, qui demeure fort imprécise; l'hérédité ne semble pas jouer le rôle important que lui attribuait Broca; on a invoqué tour à tour diverses théories (théorie de la faiblesse fonctionnelle, de l'irritation continue etc...) aucune n'a fait ses preuves.

Nous savons qu'au point de vue histologique, les fibromes sont des tumeurs constituées par du tissu conjonctif adulte de nouvelle formation; mais cette trame fibreuse peut ne pas se trouver à l'état de pureté. Elle est alors combinée en proportions variables à des éléments cellulaires caractéristiques

tissu muqueux, graisseux, cartilagineux, sarcomateux, musculaire, donnant naissance à des tumeurs mixtes (fibro-myomes, fibro-lipomes, fibro-chondromes, fibro-sarcomes, fibro-myomes). Nous ne nous occuperons dans ce paragraphe que des fibromes histologiquement purs. Cliniquement, les fibromes sont sessiles ou pédiculés, mais plus souvent pédiculés : ils prennent dans ce cas le nom de polypes fibreux et peuvent acquérir un volume assez considérable. Ils ont une couleur rose pâle, parfois blanc jaunâtre; leur consistance est habituellement dure; leur tissu crie sous le scalpel; exceptionnellement ils peuvent être mous : on peut alors les confondre avec des gommies ramollies ou avec des lipomes. Ils sont ordinairement non douloureux. Leurs dimensions varient beaucoup, et ils ont pu, suivant les cas, être comparés à un grain de blé, une noisette, un œuf.

Les fibromes développés sur la base de la langue peuvent prendre naissance soit dans l'épaisseur de cet organe, aux dépens de sa charpente conjonctive, soit à la surface, aux dépens du chorion.

Au niveau du pharynx inférieur, ils naissent soit des aponeuroses, soit des espaces où l'on trouve un tissu cellulaire.

Le diagnostic n'est pas toujours facile : sur la base de la langue toute tumeur est susceptible d'être prise pour un fibrome; dans l'hypopharynx, le diagnostic ne pourra souvent être fait qu'après une intervention.

LIPOMES.

Les lipomes sont des tumeurs rares sur la base de la langue; elles se rencontrent plus fréquemment au niveau du pharynx inférieur. Leur étiologie très obscure peut être soumise aux mêmes théories que pour les autres tumeurs bénignes.

Ce sont des tumeurs lisses à aspect plus ou moins lobulé; au début, elles sont interstitielles et absolument indolores; à ce moment, elles paraissent rouges, mais plus tard, quand elles deviennent superficielles, la région prend une couleur jaunâtre très caractéristique.

On sait que ces tumeurs sont constituées par une masse plus ou moins circonscrite, parfois encapsulée, de tissu adipeux; ce tissu est disposé en lobules séparés par des cloisons conjonctives lâches et remplis par un groupement de cellules adipeuses qui forment des vésicules entourées d'une mince membrane contre laquelle on trouve le noyau enveloppé d'une mince couche protoplasmique.

Le lipome donne à la palpation une sensation de mollesse particulière, presque de fluctuation, due à ce que la graisse est à peu près à l'état fluide sur le vivant, d'où la confusion qui a souvent été faite entre les lipomes de l'hypopharynx et les abcès. Au niveau de la base de la langue, on éprouve rarement cette sensation de mollesse, car ordinairement on est en présence d'une tumeur mixte (fibro-lipome ou chondro-lipome) siégeant le plus souvent dans la fossette glosse-épiglottique.

Le lipome se présente généralement sous la forme d'une tumeur de volume variable; il est sessile ou plus rarement pédiculé. Dans ce dernier cas, il prend l'aspect d'un polype mou; s'il siège sur la base de la langue, il pourra se produire une chute du lipome dans le pharynx, et, par suite, des réflexes plus ou moins gênants, des accès de suffocations; d'autre part, la mastication est troublée, il y a maladresse de la langue dans le passage des aliments dans le pharynx.

S'il siège au niveau de l'hypo-pharynx, il peut pendre dans l'œsophage ou venir obstruer brusquement le larynx, causant des phénomènes d'axphyxie, et pouvant même amener la mort (cas mortel de Bernard Holt).

Le diagnostic comporte des réserves : on peut hésiter avec une gomme ramollie, un abcès froid (se guider sur les commémoratifs et l'évolution); on peut aisément confondre avec une tumeur kystique, liquide ou dermoïde même; le fibrome dur ne prête pas à l'erreur, mais un fibrome mou peut très difficilement être différencié du lipome.

La tumeur lipomateuse peut être intra-musculaire ou sous-muqueuse. Certains auteurs prétendent que l'origine est toujours intra-musculaire (Guilliot).

L'évolution est lente, on n'observe jamais la transformation cancéreuse.

ANGIOMES.

L'angiome est une tumeur de volume variable formée par des vaisseaux de nouvelle formation reliés par un peu de tissu conjonctif. On rattache aux angiomes des tumeurs formées par la dilatation de vaisseaux préexistants. Dans ce cas on a des angiomes artériels, veineux, capillaires et caverneux. Ce sont en général des tumeurs congénitales qui se rencontrent plus fréquemment chez les filles.

L'angiome veineux semble être plus commun que l'angiome artériel; ces tumeurs sont très rarement limitées soit à la base de la langue, soit à l'hypopharynx : elles remontent souvent de la base vers le voile du palais et peuvent s'étendre en bas jusqu'aux bandes ventriculaires; Fallas (Bruxelles) cite le cas d'un angiome occupant le pharynx, le larynx et le cou.

Les angiomes apparaissent, tantôt sous la forme d'une tache, de coloration variable, plane ou très légèrement bosselée qui, examinée de plus près, n'est qu'un lacis de vaisseaux ectasiés, tantôt sous celle d'une vraie tumeur assez volumineuse à surface plus ou moins mamelonnée, abordée par des vaisseaux variqueux. Leur coloration est variable, pouvant aller du rouge clair au bleu noirâtre avec des teintes intermédiaires variant entre le rouge foncé, le rouge violacé et le violet sombre, couleurs pouvant dépendre du siège plus ou moins superficiel de l'angiome.

La consistance est pâteuse, mollasse; rarement ils sont pulsatiles. Ils sont sujets à des variations de volume sous l'influence de troubles circulatoires : grossesse, ménopause, période menstruelle, et sous l'influence des efforts.

On considère les angiomes comme des tumeurs bénignes; pourtant il se produit quelquefois, au cours de l'évolution de ces tumeurs, des hémorragies capables de se reproduire et pouvant devenir graves; ils ont une tendance envahissante

assez accusée; leur volume peut devenir énorme; ils peuvent user les os voisins, s'enflammer ou s'ulcérer.

Assez fréquemment, les angiomes passent inaperçus; on les découvre souvent au cours d'un examen laryngoscopique; d'autres fois, une légère gêne de la parole attire l'attention et permet de faire un diagnostic d'angiome lingual.

Les angiomes sont en général multiples : localisés à la base de la langue où à l'hypopharynx seuls ils paraissent être d'une extrême rareté.

A côté des angiomes dont nous venons de parler, on peut classer les lymphangiomes : ce sont de petites tumeurs planes ou verruqueuses formées par une agglomération de petites vésicules grises ou jaunâtres. D'après le professeur Sabrazès, ce serait simplement un amas de dilatations lymphatiques simples : ils sont diffus ou kystiques. Exceptionnels dans le pharynx inférieur, on les observe plus fréquemment sur la base de la langue.

PAPILLOMES.

Si les papillomes de la langue sont fréquents, ils se localisent rarement à la base. De même le pharynx inférieur est assez peu fréquemment le siège de ces tumeurs. Leur étiologie est aussi obscure que celle des autres néoplasies.

Ils se présentent sous forme d'une petite tumeur, peu saillante, parfois sessile, parfois pédiculée; dans l'hypopharynx ils sont parfois réduits à une réunion de papilles hypertrophiées recouvertes d'épithélium. Ils ont un aspect framboisé, muriforme, verruqueux; leur volume est celui d'un grain de raisin, d'un pois; leur consistance est plutôt molle. Ils ont une coloration qui est celle de la muqueuse buccale, rose blanchâtre ou blanchâtre.

En général, ils entraînent peu de troubles : sur la base de la langue, c'est une sensation de constriction; à la gorge, une sorte de besoin d'avaler à vide; au niveau de l'hypopharynx, ils n'entraînent habituellement aucune manifestation, exceptionnellement on a signalé de la paresthésie pharyngée.

Les papillomes de l'hypopharynx et de la base peuvent subir la transformation cancéreuse : le fait s'est toutefois rarement produit.

Le diagnostic n'offre aucune difficulté : un examen sérieux tranche habituellement les doutes; on ne pourrait guère les confondre qu'avec un condylome syphilitique; parfois le diagnostic pourrait hésiter avec un épithélioma.

MYXOMES.

La localisation de ces tumeurs sur la base de la langue ou au niveau de l'hypopharynx est extrêmement rare à l'état pur. On les rencontre surtout sous forme de tumeurs mixtes, le plus souvent fibro-myxomes ou angio-myxomes.

Ces tumeurs sont formées par du tissu muqueux analogue au corps vitré ou à la gélatine de Warthon du cordon ombilical.

Nous n'avons pu réunir qu'une observation de tumeur mixte (angio-fibro-myxome).

ADÉNOMES.

Les adénomes se présentent sous la forme de petites tumeurs, lisses, unies; ils sont le plus souvent pédiculés, on les nomme dans ce cas polypes glandulaires. Ils ont une coloration rosée ou rougeâtre; leur consistance est molle.

Ils se développent aux dépens des épithéliums glandulaires et leur structure est identique à celle de la glande qui leur a donné naissance. On ne les trouve pas toujours à l'état pur; ils peuvent prendre la forme kystique ou être envahis par du tissu fibreux : ce sont des adéno-fibromes. Ces tumeurs sont exceptionnelles sur la base de la langue. Elles sont plus fréquentes au niveau de l'hypopharynx, où on les trouve sous forme de polypes descendant dans l'œsophage.

Le diagnostic est en général aisé; on pourrait les confondre parfois avec de petits fibromes mous.

KYSTES MUÇOÏDES.

Ces tumeurs, qui se rencontrent particulièrement sur la base de la langue, sont en somme rares. C'est en général à la naissance ou dans la première enfance qu'elles font leur apparition; chez le nouveau-né, la gêne considérable apportée à la succion par un kyste même minime peut attirer l'attention; chez l'enfant, leur présence est révélée par les troubles considérables de l'allaitement; chez l'adulte, ils ne produisent presque pas de troubles fonctionnels; aussi ceux qui en sont porteurs ne consultent-ils pas en général. Les troubles n'apparaissent que si la tumeur augmente brusquement de volume : c'est alors un besoin continuel de déglutir, et cet acte devient même désagréable; la mastication et la déglutition se font mal; quelquefois, une salivation abondante fait son apparition, et le malade parle avec difficulté. Le plus souvent, ces tumeurs ne s'accompagnent d'aucun phénomène douloureux.

Les kystes mucoïdes sont des formations congénitales au sens pathogénique du mot. L'hérédité, l'influence du sexe n'interviennent pas dans leur étiologie. Ils se développent aux dépens du canal de Bochdalek (tractus thyreo-glosse de His), ainsi que le prouve la constitution histologique de leur contenu. Leur siège est donc généralement au niveau du foramen cæcum. Habituellement ils sont constitués par une poche unique, lisse, adhérent légèrement aux tissus voisins. Toutefois ces kystes peuvent avoir des diverticules ou être rattachés à la base de la langue par un pédicule fibreux. Leur paroi est très résistante; son épaisseur peut atteindre plus d'un millimètre; la face externe est lisse, l'interne présente des replis, des diverticules. Elle est constituée par du tissu élastique recouvert à l'intérieur par un épithélium à cils vibratiles; à ces éléments peuvent s'en ajouter d'autres inconstants, tels que tissu thyroïdien, tissu musculaire. Le contenu de ces kystes est constitué par un liquide visqueux, filant ressemblant à du blanc d'œuf, parfois huileux.

Leur volume est variable : ordinairement il atteint celui d'une noisette ou d'une noix.

Leur coloration est blanchâtre; leur consistance est élastique; à la palpation, on perçoit de la fluctuation.

Le diagnostic de ces tumeurs n'est pas toujours facile; on peut hésiter avec un kyste dermoïde, un kyste hydatique (la ponction exploratrice tranchera la difficulté).

Le pronostic est tout à fait bénin; toutefois, ces kystes peuvent s'enflammer et causer ainsi des troubles sérieux du côté de la déglutition et de la respiration.

Kystes d'origine glandulaire. — On peut rencontrer cette variété de tumeurs sur la base de la langue, mais leur présence est rare : au niveau de l'hypopharynx, elle est exceptionnelle. Ils se présentent sous une forme arrondie. Ils sont bien délimités; à leur surface la muqueuse est lisse et unie. Quand ils sont superficiels, ils apparaissent translucides, la palpation donne souvent au doigt une sensation de fluctuation.

Leur développement est très lent; on peut rester longtemps avant d'en soupçonner l'existence. Leur diagnostic présente parfois de grandes difficultés et ne peut être posé qu'après une ponction.

POLYPES DERMOÏDES.

Ces tumeurs ne se développent jamais sur la base de la langue; on les rencontre parfois dans l'hypopharynx, principalement au niveau des parois latérales. Ce sont toujours des formations congénitales; elles semblent débiter pendant la vie intra-utérine, mais à la naissance elles ne sont pas toujours reconnues, car elles ne s'accompagnent d'aucun symptôme et sont indolores.

Elles se présentent sous forme de petites masses arrondies, allongées ou pyriformes, généralement irrégulières. Leur volume est peu considérable, leur coloration est rosée, ou blanc jaunâtre.

La surface de ces polypes est plus ou moins chagrinée et recouverte d'un fin duvet qui s'insère dans des sillons limitant de petites élevures.

La palpation les montre fermes, parfois durs en certains

points, correspondants à des noyaux osseux ou cartilagineux.

Les polypes dermoïdes semblent être dus à une malformation dans le développement des arcs branchiaux.

Polypes. — Nous ne nous attarderons pas à l'étude de ces formations, qui a déjà été faite avec les autres variétés de tumeurs : polype étant l'équivalent de tumeur pédiculée (polypes fibreux, polypes glandulaires, polypes papillomateux).

ENCHONDROMES.

Ces tumeurs sont certainement parmi les plus rares de toutes celles que nous venons d'étudier. Elles ne se présentent presque jamais à l'état pur au point de vue histologique. En général, elles sont combinées avec du tissu fibreux (chondrofibrome). Le chondrome pur est une tumeur formée uniquement de tissu cartilagineux et d'une quantité plus ou moins grande de tissu conjonctif dans lequel se trouvent quelques vaisseaux. Il se présente comme une masse bien circonscrite, encapsulée, de forme arrondie ou bosselée. Dans quelques cas exceptionnels, l'organe peut être envahi d'une façon diffuse par la néoplasie.

On considère classiquement le chondrome comme une tumeur bénigne. Cependant, dans quelques cas, on a pu observer une généralisation par voie sanguine avec production de foyers secondaires (surtout dans le poumon). Les observations de ce genre sont très rares, toutefois elles amènent la nécessité de restreindre dans une certaine mesure la bénignité de ces néoformations.

La pathogénie des chondromes de la base de la langue est assez obscure. Certains auteurs admettent une inclusion embryonnaire de tissu chondrigène au sein de cet organe. Ces inclusions sont représentées par des débris d'arcs branchiaux que l'on trouve également au niveau des amygdales.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS BENIGNES DE LA BASE DE LA LANGUE ET DU PHARYNX INFÉRIEUR

Ces tumeurs peuvent se manifester par un ensemble de symptômes généraux qu'il est utile de bien connaître. Ces symptômes sont les mêmes pour toutes les néoplasies, à quelque variété qu'elles appartiennent. Celles-ci, d'ailleurs, peuvent rester longtemps latentes, ne révéler leur présence par aucun signe et n'être découvertes qu'au hasard d'un examen laryngoscopique.

Le plus souvent les troubles n'apparaissent que si la tumeur a acquis un certain volume, et ils sont d'autant plus accusés que celui-ci est plus considérable. Toutefois, certaines grosses tumeurs peuvent évoluer pendant très longtemps avec un minimum de signes, et il semble, dans ces cas, qu'il se produit une sorte d'accommodation de l'organisme vis-à-vis de la néoplasie. Le contraire s'observe également, et certains tableaux symptomatiques très bruyants ont pour cause des tumeurs dont le petit volume semble hors de proportion avec l'intensité des réactions provoquées.

Tout d'abord, ces tumeurs peuvent révéler leur présence par un ensemble de signes qui frappent particulièrement l'imagination du malade et attirent l'attention du médecin. Ce sont des symptômes fonctionnels.

Les troubles qui apparaissent les premiers sont, en gé-

néral, ceux de la déglutition ; le malade éprouve une sensation de gêne, de corps étranger dans la gorge, qui lui fait éprouver à tout moment le besoin d'avaler à vide. Quelquefois, c'est une sensation pénible d'étranglement qui s'accroît par les mouvements de la déglutition, et celle-ci sera plus ou moins gênée. Un facteur important intervient dans l'intensité de ces phénomènes : la tumeur est sessile ou pédiculée. Sessile, elle pourra atteindre un certain volume sans occasionner de signes très accusés. Au contraire, une tumeur pédiculée mobile, même si elle est de petit volume, entraînera des troubles très sérieux.

D'autre part, le passage du bol alimentaire de la cavité buccale dans le pharynx peut être gêné par maladresse de la langue si la tumeur siège sur la base de cet organe, et des particules alimentaires peuvent s'égarer dans le larynx, provoquant de violents accès de toux et de suffocation.

La respiration peut être également troublée. Il arrive que l'on voit s'installer une dyspnée progressive par compression de l'épiglotte quand le néoplasme a acquis un volume considérable et qu'il siège sur la base de la langue. Des accidents plus graves encore peuvent se produire si la tumeur est pédiculée et très mobile : en effet, celle-ci peut venir boucher l'orifice pharyngien du larynx et même pénétrer dans cet organe (des cas de mort ont été observés).

Les malades éprouvent souvent des picotements dans l'arrière-gorge qui déterminent de la toux et des envies de cracher. Quelquefois, le néoplasme entrant en contact avec l'épiglotte ou l'orifice du larynx peut provoquer par chatouillement de la muqueuse une toux réflexe, quinteuse, survenant quelquefois par accès et résistant à tous les traitements.

Par le même mécanisme peuvent se produire des nausées et des vomissements.

Assez souvent, des troubles de la phonation apparaissent ; la voix se modifie, le timbre est altéré, le malade a de la peine à articuler, il nasonne, la parole est hésitante et saccadée.

Des troubles du côté de l'ouïe et de la circulation ont été

observés, quoique rarement, dans les tumeurs de l'hypopharynx.

En général, toutes ces tumeurs ne s'accompagnent d'aucun phénomène douloureux. Ceux-ci ne font leur apparition qu'en cas de poussées inflammatoires. On a observé dans quelques cas de la sialorrhée.

Les symptômes que nous venons d'énumérer peuvent faire défaut et le diagnostic n'être fait qu'après un examen objectif. Au niveau de la base de la langue, celui-ci est facile en général; au niveau de l'hypopharynx, il est plus complexe. Dans le premier cas, il suffira le plus souvent de s'en tenir aux principes de tout examen de l'arrière-gorge et de s'armer d'un peu de patience si l'on est en présence d'un sujet pusillanime. On fera asseoir le malade devant soi, on le priera d'ouvrir largement la bouche en découvrant les dents, on saisira la pointe de la langue entre le pouce et l'index munis d'un carré de linge et on tirera légèrement pour ne pas faire souffrir le patient; on lui fera alors prononcer la voyelle A, de façon à découvrir son arrière-gorge et on l'engagera à ne pas contracter ses muscles pharyngiens; dans quelques cas, cela suffira pour découvrir une tumeur. Sinon on s'aidera d'un laryngoscope. Cet examen sera complété par une exploration digitale qui permettra d'apprécier la consistance, le volume, la mobilité de la tumeur. Dans le second cas, l'examen objectif offrira plus de difficultés. Le laryngoscope sera souvent insuffisant et ne permettra pas d'apercevoir tout le pharynx inférieur; on sera, dans ce cas, obligé de pratiquer une hypopharyngoscopie dont de nombreuses méthodes ont été préconisées (crochet de von Eicken, pince fenêtrée de Garel, tube-spatule de Guisez). Dans quelques cas, la radioscopie ou la radiographie rendront de précieux services.

On s'abstiendra toujours d'utiliser la sonde œsophagienne dont l'emploi peut devenir dangereux (anévrismes).

Diagnostic. — Il est très important d'établir avec certitude le diagnostic de tumeur bénigne. En cela, on se heurtera parfois à de grandes difficultés; souvent même celui-ci néces

sitera une connaissance approfondie et une grande habitude des régions et des procédés d'investigation. Aussi sortira-t-il maintes fois des possibilités du médecin général pour entrer dans le domaine du spécialiste.

En premier lieu, une question importante se pose à nous. Existe-t-il une tumeur ? Ce premier problème est en général facile à résoudre. Nous avons passé en revue plus haut les nombreux signes fonctionnels qui nous permettent de soupçonner la présence d'une tumeur sur la base de la langue et dans l'hypopharynx. Mais très souvent les signes subjectifs sont insuffisants pour établir le diagnostic. Un grand nombre de malades, en effet, qui présentent des symptômes identiques à ceux des tumeurs, ne sont autres, par exemple, que des paresthésiques pharyngées : et si chez ces malades les symptômes disparaissent pendant les repas, il n'en faudra pas moins rechercher d'autres signes qui lèveront tous les doutes. On devra donc toujours rechercher les signes objectifs : La laryngoscopie et l'hypopharyngoscopie rendront ici de précieux services et nous renseigneront sur l'existence ou non d'une tumeur.

Ce premier point établi, une deuxième question reste à résoudre. S'il y a tumeur, de quelle nature est celle-ci ? A-t-on affaire à un néoplasme ou à une tuméfaction d'ordre inflammatoire ou autre ? De nombreuses affections peuvent, en effet, se développer au niveau de la base de la langue ou dans l'hypopharynx et en imposer pour des tumeurs bénignes. Nous les étudierons séparément pour l'un et l'autre de ces organes.

Au niveau de la base de la langue peuvent s'observer tout d'abord des tuméfactions inflammatoires chroniques.

Un premier diagnostic à établir est celui d'abcès tuberculeux. L'abcès froid est très rare dans cette région. Il ne s'observe guère que chez des tuberculeux avérés. Il siège en général profondément et passe par les phases classiques de crudité et de ramollissement. Il se présente d'ordinaire comme une bosselure fluctuante que l'on pourrait confondre facilement

avec un kyste. Si le diagnostic n'est pas établi, l'évolution renseignera vite sur la nature de la lésion, car abandonné à lui-même l'abcès s'évacuera à l'extérieur en laissant une fistule persistante.

L'actinomycoïse peut également s'observer à la base de la langue. Elle se présente sous la forme d'un noyau induré limité ou d'un abcès limité. A la palpation, on sent une tumeur dure ou fluctuante ayant le volume d'une noisette ou d'une noix. L'évolution est rapide; l'abcès peut s'ouvrir spontanément, laissant ou non une fistule. L'épreuve thérapeutique par l'iodure de potassium sera ici d'un précieux secours pour le diagnostic.

La glossite syphilitique sera facilement reconnue; dans cette affection, la muqueuse est comme rasée; elle est souvent parcourue par des sillons entre-croisés qui lui donnent un aspect tout particulier; sa coloration est rouge cerise et quelquefois blanchâtre.

A côté de ces tuméfactions d'ordre inflammatoire, d'autres affections peuvent être une cause d'erreur.

L'hypertrophie de l'amygdale linguale s'accompagne du cortège symptomatique de toute tumeur : sensation de corps étranger pharyngien qui inquiète le malade, troubles de la phonation, crises de toux convulsive, etc.; un simple toucher suffira à fixer le diagnostic, et l'ablation fera disparaître tous les troubles.

Certaines manifestations syphilitiques devront être dépistées avec soin; en particulier, il sera très important de faire le diagnostic de gomme. L'examen de la muqueuse, dans ce cas, pourra fournir de précieux renseignements : elle est fissurée (fissure de Saison-Clarke). En cas de doute, on tiendra compte des commémoratifs et on instituera un traitement spécifique.

Les kystes hydatiques ont une transparence caractéristique qui les fera aisément reconnaître. Ils sont d'ailleurs fort rares.

Le granulome tégangiectasique (Chavannaz et Sabrazès) se présente sous la forme d'une tumeur mamelonnée, d'une colo

ration lie de vin; il repose sur une plaque indurée par un pédicule court et grêle et il saigne très facilement.

Enfin, on peut confondre un sarcome pédiculé avec un fibrome enflammé. On évitera l'erreur en recherchant soigneusement les caractères du sarcome : il est rare, il se présente sous la forme d'une tumeur irrégulière, bourgeonnante, lobulée, qui saigne spontanément; les malades ont une haleine particulièrement fétide, enfin l'évolution est rapide.

L'hypopharynx peut également être le siège de tuméfactions inflammatoires pouvant égarer le diagnostic. Nous éliminerons les tuméfactions inflammatoires aiguës représentées par les abcès chauds rétro et latéro-pharyngiens (adénophlegmons). Ceux-ci seront facilement reconnus grâce à leur cortège de symptômes bruyants : fièvre, convulsions, suffocation, dysphagie, etc., et leur apparition presque exclusive au cours de l'enfance.

Parmi les tumeurs inflammatoires chroniques, les abcès froids nous intéresseront particulièrement : ils sont causés par la fonte bacillaire d'un ganglion ou par un mal de Pott. Les symptômes fonctionnels sont ceux des tumeurs et il faut un examen objectif pour poser le diagnostic; la tuméfaction molle, fluctuante, donnant d'ordinaire la sensation de choc en retour, et parfois réductible, est assez caractéristique. Il faudra surtout ne pas la confondre avec une lipome. Si l'abcès est dû à un mal de Pott, les signes cardinaux de cette affection (douleur le long de la colonne cervico-dorsale, déformation de cette colonne, attitudes particulières, etc.) et la radiographie surtout trancheront la difficulté.

En plus de ces tuméfactions inflammatoires, on peut observer dans le pharynx inférieur :

Des anévrysmes, auxquels on devra toujours songer. Ils ne sont d'ailleurs pas rares au niveau de cet organe. La recherche des signes de cette affection : pulsations isochrones au pouls, mouvemens d'expansion, etc., permettra toujours de faire le diagnostic.

Des ectasies vasculaires de la paroi du pharynx. Le diagnostic sera dans ces cas très important à faire et se basera sur les données suivantes : l'ectasie vasculaire est peu volumineuse quoique saillante; elle est réductible à la pression; enfin elle est animée de battements isochrones aux pulsations radiales.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic du syphilome circonscrit et de la gomme vulgaire, dont nous avons parlé plus haut.

Signalons que parfois un examen consciencieux peut faire croire à une tumeur alors qu'il n'existe qu'une déformation de la région : par exemple une saillie congénitale des corps vertébraux dans la cavité pharyngienne que révélera une radiographie.

Nous n'établirons pas ici le diagnostic des tumeurs malignes. Les symptômes de ces néoplasmes sont trop caractéristiques pour qu'il soit utile d'insister.

Malgré tous les procédés qui sont à notre disposition (signes fonctionnels, signes objectifs, examen laryngoscopique etc.), il arrive souvent que le diagnostic ne peut être posé cliniquement. On se heurte à cette difficulté, surtout quand il s'agit d'établir à quelle variété de tumeur on a affaire.

Dans ce cas, après l'ablation de la tumeur, un diagnostic rétrospectif pourra être posé par un examen anatomo-pathologique. Il est préférable d'avoir recours à une biopsie, mais cette prise biopsique ne sera faite qu'avec circonspection et on ne la pratiquera qu'avec beaucoup de prudence à cause de la possibilité de tumeurs vasculaires.

Il est intéressant, au point de vue opératoire, une fois le diagnostic posé, de connaître le point d'implantation exact d'une tumeur. Le toucher digital, instrumental, l'examen laryngoscopique, pourront rendre de précieux services, mais ne mettront pas à l'abri de grosses erreurs.

Pronostic. — Il est bénin. Toutefois, il ne faut pas oublier que des complications peuvent survenir; du côté de la tumeur, ce sont des phénomènes inflammatoires sans gravité et des

hémorragies; ces dernières s'observent rarement, du reste, dans quelques cas de fibromes et peuvent devenir extrêmement graves.

Du côté de l'état général, elles sont sous la dépendance de phénomènes mécaniques. Les troubles de la respiration que provoque une tumeur volumineuse peuvent, à la longue, affaiblir l'organisme par insuffisance de l'hématose et faire tomber le malade dans un état grave de cachexie.

L'immobilisation de l'épiglotte peut favoriser la pénétration de corps étrangers dans les voies aériennes et provoquer ainsi de graves désordres.

Enfin si on envisage la possibilité d'une transformation rare, il est vrai, mais toujours possible, de ces néoplasies en tumeurs malignes, il sera toujours sage de conseiller une intervention dans tous les cas où celle-ci sera possible.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Angio-fibrome de la base de la langue.

(Clinique oto-rhino-laryngologique de Bordeaux.)

H... Jean, âgé de 80 ans, exerçant la profession de mécanicien-ajusteur, se présente à la consultation le 31 janvier 1917. Il se plaint d'une gêne à la déglutition, dont le début remonte à environ une quinzaine de jours. A l'examen, qui est pratiqué, on aperçoit sur la base de la langue, du côté gauche, au niveau du repli glosso-épiglottique, une tumeur lisse, unie, à la surface de laquelle la muqueuse a conservé sa coloration normale. Un lacis vasculaire assez important court à la surface de la tumeur. La palpation est indolore et permet d'apprécier la consistance de cette masse, qui présente le volume d'une noisette, est molle et se laisse facilement déprimer.

Le malade est envoyé à l'hôpital du Tondu où une intervention est pratiquée le 10 février 1917 : à l'aide d'une pince emporte-pièce du larynx, on écrase une partie de la tumeur du repli glosso-épiglottique.

La pièce est envoyée au laboratoire, où l'examen histologique pose le diagnostic d'angio-fibrome.

OBSERVATION II (résumée).

(Firth J.-H., *the Améric. journ. of médic. sc.*, juill. 1872.)

H..., âgée de 30 ans, vient consulter le 1^{er} mai pour un léger mal de gorge, suite de refroidissement. L'examen du pharynx décèle; à la base de la langue, une tumeur de la taille d'une aveline. La malade ignorait absolument son existence, et elle serait peut-être restée des mois encore dans cet état, sans le léger accident qui l'avait amenée. Il n'y avait eu ni gêne, ni douleur, ni dyspnée, ni dysphagie, ni hémorragie qui put annoncer sa présence; en un mot, jamais elle n'avait souffert du gosier, si ce n'est à la suite d'un refroidissement.

La tumeur occupait exactement la ligne médiane sur la base de la langue; elle était située tellement en arrière qu'on éprouvait une certaine difficulté à passer le doigt derrière elle; excessivement dure, incompressible et mobile, elle était sessile, ou tout au moins son pédicule, s'il existait, était assez large pour ne pouvoir remuer. L'examen, bien que pénible, n'était pas douloureux.

La malade fut suivie quelques temps, mais la tumeur augmentant peu à peu de volume, elle fut envoyée dans un hôpital pour consulter sur l'opportunité d'une opération. Les troubles fonctionnels étaient presque nuls.

La malade fut opérée en janvier 1870. La tumeur fut enlevée en masse avec l'écraseur, sous anesthésie générale à l'éther. Elle était de la grosseur d'un œuf de pigeon. L'hémorragie fut insignifiante et la malade guérit promptement.

OBSERVATION III (résumée).

Fibrome lobulé de la langue.

(Bergmann-Berlin, *Clin. Woch*, 18 juin 1888.)

Il s'agit d'un homme âgé d'une soixantaine d'années, chez lequel on observa sur la base de la langue une tumeur d'un volume insolite.

L'opération révéla la présence, dans les muscles linguaux, d'un fibrome lobulé dépassant le volume d'un œuf d'oie. Une simple incision au niveau de la ligne médiane du dos de la langue ne suffit pas pour enlever la tumeur, très adhérente au septum; il fallut pratiquer une deuxième incision au niveau de la région sus-hyoïdienne. Les fibres musculaires durent être isolées patiemment de la tumeur à coups de bistouri.

OBSERVATION IV (résumée).

Fibrome pédiculé de la base de la langue.

(Rendu, R. *Lyon médical*, 1923.)

A... Marius, 45 ans, gérant de coopérative, est pensionné par l'Etat pour une constriction des mâchoires, consécutive à un violent traumatisme, reçu en captivité, sur la région mentonnière (en 1918). Il demande une augmentation de pension pour divers troubles qu'il éprouve, surtout depuis deux ans, et qu'il attribue aux gaz de guerre. Ces troubles consistent en un certain empâtement de la parole, un timbre guttural de la voix et des troubles de la déglutition (solides avalés avec difficulté, liquides provoquant de la toux quand la déglutition est rapide).

L'examen est gêné par la constriction des mâchoires, qui ne permet qu'un écartement de 1 cm. 1/2 des incisives : on ne note rien autre qu'une langue scrotale congénitale. Aucune partie du larynx n'est visible à l'examen au miroir : épiglotte, aryténoïdes et cordes sont complètement masqués par une masse grisâtre, arrondie, lobulée. L'index introduit avec difficulté entre les incisives permet de mobiliser un polype bilobé, qui paraît inséré sur la base de la langue, juste en avant de l'épiglotte.

L'ablation en est faite à l'hôpital Saint-Pothin, sous contrôle digital, après cocaïnisation, avec un serre-nœud monté sur un guide-anse courbe épousant la convexité de la langue; une première prise ramène un polype fibreux du volume d'une grosse cerise (20 sur 22 mm.); le toucher digital montrant que l'ablation n'est pas complète, on fait une seconde prise qui permet d'enlever une autre

masse arrondie un peu moins volumineuse (13 sur 17 mm.), ainsi que le pédicule de la tumeur. Hémorragie insignifiante, suites normales. Disparition des troubles de la phonation et de la déglutition. A noter aussi, chose curieuse, la disparition complète et immédiate de la constriction des mâchoires, qui durait depuis cinq ans et avait résisté à tous les traitements (dilatation caoutchoutée ou autre).

Le malade, qui ne pouvait écarter les incisives que de 1 cm. 1/2, les écarte de 3 cm. 1/2, c'est-à-dire normalement.

L'examen laryngoscopique montre que le pédicule unique était situé sur la ligne médiane, à un centimètre environ en avant de l'épiglotte.

Résultat de l'examen histologique : on est en présence d'une tumeur bénigne, polype muqueux ou, plus vraisemblablement, polype fibreux, devenu œdémateux par gêne de la circulation de retour.

OBSERVATION V (résumée).

Lipome du laryngo-pharynx.

(Kenyon (Elmer) Chicago, *The Journ. of the amer. med. Assoc.*,
17 juin 1911.)

D..., 27 ans.

Depuis longtemps la malade avait la sensation d'une tumeur dans la lgorge. Elle se plaignait de difficulté pour avaler, de dyspnée, surtout durant les exercices, d'amaigrissement.

Examen de la malade. — Double adénite sous-maxillaire. A la palpation externe, on produit un peu de dyspnée par la pression profonde, au niveau de l'angle du maxillaire inférieur droit.

Sur la paroi pharyngée postéro-latérale droite, en déprimant la langue, on aperçoit une tumeur. La limite supérieure est au niveau de la luette; l'inférieure, au niveau de l'orifice laryngé, à un centimètre au-dessus des cartilages aryénoïdes. La muqueuse sus-jacente est saine; pas de gros vaisseaux. A la palpation on sent une tumeur molle, non résistante, pseudo-fluctuante. Le diagnostic de kyste est porté. Plusieurs ponctions négatives sont pratiquées. On fait une petite incision et on se trouve en présence de tissu graisseux. On rectifie le diagnostic et on porte celui de lipome

Opération. — Incision verticale sous cocaïne; on énuclée la tumeur. Pas d'hémorragie. Suture de la muqueuse. Guérison rapide.

OBSERVATION VI (résumée).

Myxo-lipome pharyngo-épiglottique.

(Goris. soc. belge de laryngologie, février 1921.)

P..., âgé de 58 ans, qui présentait des troubles sérieux de la déglutition et de la respiration. L'examen de la gorge révéla l'existence d'une tumeur siégeant dans l'épaisseur du repli glosso-épiglottique et au niveau de la paroi latérale du pharynx.

Opération. — Après trachéotomie préalable, la tumeur fut abordée par une incision antéro-latérale comme dans la pharyngotomie sous-hyoïdienne. On détacha de leurs insertions les muscles thyro et sterno-hyoïdien, et on fit la résection sous-périostée de la grande corne, et d'une partie du corps de l'os hyoïde. On obtint ainsi un jour énorme, qui permit d'enlever la tumeur et la portion du pharynx à laquelle elle était adhérente.

OBSERVATION VII (résumée).

Papillome de la base de la langue.

(Clinique oto-rhino-laryngologique de Bordeaux.)

M... (Hippolyte), âgé de 41 ans, exerçant le métier de cultivateur, se présente à la consultation le 24 octobre 1917. Il éprouve à la déglutition une très légère gêne. Un examen est pratiqué qui montre l'existence, sur la base de la langue, d'une tumeur ayant la grosseur d'un grain de blé. Cette masse repose sur un petit noyau induré à la palpation et non douloureux.

Le malade est traité par les rayons X.

OBSERVATION VIII (résumée).

* *Angiome du pharynx, du larynx et du cou.*

(Fallas, Bruxelles, *Archives de Chauveau*, 1912.)

V... (Hélène), 19 ans, se présente le 7 octobre, parce que, depuis des années, elle a une certaine raucité de la voix. Celle-ci augmente lors des rhumes assez fréquents chez la patiente, lors de la menstruation et aussi lors des accès de colère. Dans son enfance, elle a été opérée au cou, à quatre reprises, pour une volumineuse tumeur, bleuâtre, sanguine, semblable, comme aspect, à une petite masse qu'elle présente encore aujourd'hui sur la face latérale gauche du larynx. On constate en effet une petite tumeur, grosse comme une noisette, incolore, bleuâtre, élastique, non pulsatile et s'affaissant par la pression digitale. Sur la face antérieure du cou, légèrement à gauche de la ligne médiane, au-dessus du manubrium, on rencontre plusieurs dilatations variqueuses présentant, à part un plus petit volume, les même caractères.

La face postérieure du pharynx est tapissée par une masse irrégulière de vaisseaux dilatés, de coloration bleue, ressemblant à des veines et qui se continuent en haut vers le cavum et en bas vers le larynx en des vaisseaux sanguins d'aspect plus normal. Les aryténoïdes sont occupés par une masse bleue, bosselée, framboisée, qui surplombe en partie le larynx. Le même aspect se retrouve sur la fausse corde, la corde vocale gauche et même jusque dans la région sous-glottique; la malade n'est pas incommodée de sa malformation; elle ne présente ni dyspnée, ni toux; jamais elle n'a eu d'hémorragie.

Devant cette absence de troubles et cette multiplicité de foyers angiomateux, la non-intervention fut décidée.

OBSERVATION IX (résumée).

Kyste de l'amygdale linguale.

(Prof. Moure, *Revue d'oto-rhino-laryngologie*, 6 avril 1912.)

R..., âgée d'une cinquantaine d'années, présentait, au niveau du repli glosso-épiglottique médian, une sorte de pertuis infundibulaire

par lequel s'écoulait à chaque instant une certaine quantité de pus. De temps à autre, l'orifice de ce canal s'obstruait et il se produisait alors des phénomènes d'infection locale avec tuméfaction de la base de la langue qui, à certains moments, s'accompagnaient d'œdème de l'épiglotte et même de ses replis. Les troubles de la déglutition et de la respiration devenaient tellement intenses qu'il fallait surveiller la malade de très près et se tenir prêt à ouvrir les voies aériennes pour éviter l'asphyxie qui tendait à se produire. Habituellement, il suffisait d'ouvrir la tumeur globuleuse qui se développait au milieu de la région œdématisée pour donner issue au pus qu'elle contenait et obtenir la résolution des phénomènes infectieux. Toutefois, comme ces derniers se répétaient à des intervalles assez rapprochés et que la malade devenait fort inquiète de ces accidents, on dut pratiquer l'opération qui consista à détruire le canal thyro-lingual en passant à travers l'os hyoïde (voie transhyoïdienne). L'opération, qui paraissait au premier abord disproportionnée avec la lésion qu'il fallait détruire, fut cependant le seul moyen d'empêcher les poussées infectieuses qui devenaient de plus en plus fréquentes et graves.

La malade guérit après avoir présenté, au cours de sa convalescence, quelques complications, d'ordre opératoire, sans gravité.

OBSERVATION X (résumée).

Angiome kystique de l'amygdale linguale.

(Prof. Moure, *Rev. d'oto-rhino-laryngologie*, 1912.)

L..., 20 ans, se présente à la consultation pour une obstruction nasale consécutive à des végétations adénoïdes et à une déformation avec épaississement du septum nasal.

Comme ce malade se plaignait en outre d'une certaine gêne à la déglutition, une laryngoscopie est pratiquée.

A l'examen, on découvre, sur la base de la langue, en arrière du V lingual, l'existence d'une tumeur, transparente à sa surface extérieure, beaucoup plus opaque et épaissie à sa base. La portion supérieure était unilobée, régulière, de couleur grisâtre, parcourue

d'un fin lacis vasculaire, molle ou plutôt rénitente au toucher. Elle était insérée par une large base sur l'amygdale linguale avec laquelle elle faisait corps et semblait même se continuer avec les follicules clos de cette région. La base était un peu plus mamelonnée, d'aspect rougeâtre presque vineux.

Le malade déclare que cette tumeur se rompait de temps à autre et, sans disparaître, diminuait notablement de volume. Le fait n'était pas surprenant, car la zone superficielle de la dégénérescence morbide paraissait contenir du liquide, tout au moins être constituée par du tissu colloïde.

Le jeune homme refuse l'opération proposée.

Deux ans plus tard, pour un autre motif, il revient à la consultation : la néoplasie de la base de la langue était beaucoup plus aplatie et sans doute venait de se vider quelques jours auparavant, sous un effort de déglutition.

Le malade refuse de nouveau l'opération. Celle-ci ne fut pratiquée que quelques mois plus tard, la tumeur était devenue plus gênante.

Ablation à l'anse galvanique après cocaïnisation (solution au 1/10).

Résultat de l'examen histologique : formation néoplasique du type angio-fibro-myxome à évolution caverneuse.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Pendant longtemps on a cherché à faire disparaître les tumeurs bénignes de la base de la langue et de l'hypopharynx par des procédés de cautérisation chimique. Ces vieilles méthodes sont aujourd'hui abandonnées et le seul traitement qui apparaisse rationnel pour ces néoplasies, est l'ablation. Toutefois, en cas de papillomes d'un très petit volume, on sera autorisé à tenter une cure par des cautérisations. En outre, une réserve spéciale doit être faite en ce qui concerne les angiomes : ces tumeurs ne doivent pas être enlevées au bistouri; on peut procéder à leur ablation avec des pinces écrasantes (Faunel) et mieux les extirper à l'anse chaude, au rouge sombre ou se servir de galvanocautère; l'électrolyse sera une excellente méthode de traitement; enfin, depuis quelques années, un nouveau moyen d'attaque contre ces néoplasies est à notre disposition : c'est la diathermie dont nous parlerons à la fin de ce chapitre.

On extirpe les fibromes, les adénomes, les lipomes et les papillomes par plusieurs procédés : leur ablation peut être faite au bistouri, à la pince coupante, à l'anse galvanique.

TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Deux procédés généraux d'intervention sont à la disposition de l'opérateur : un procédé d'attaque par les voies naturelles, un procédé d'attaque par les voies externes.

Pour intervenir par les voies naturelles, il faut que quatre conditions soient réalisées : que la tumeur soit peu volumineuse, peu abondamment vascularisée, que son point d'implantation soit connu et facilement abordable.

Pour les tumeurs de la base de la langue, ces conditions sont souvent réalisées; l'importance de la vascularisation est ici d'un intérêt un peu secondaire. Souvent on sera dans l'obligation de donner un peu de jour; dans ce but, on débrièdera la commissure labiale (Jœger). En ce qui concerne le pharynx inférieur, il est plus rare que l'on puisse intervenir par les voies naturelles : dans ce dernier cas, on opérera sous anesthésie locale et on emploiera l'anse froide ou galvanique, le thermo ou le galvanocautère au lieu des pinces écrasantes.

L'intervention par les voies artificielles peut se pratiquer de différentes manières : le choix d'une méthode plutôt que d'une autre dépendra le plus souvent du point d'insertion de la tumeur : si celle-ci est insérée sur la base de langue, on pourra l'aborder au travers du plancher buccal par incision sushyoïdienné (voie sushyoïdienne de Billroth, Kocher) ou encore par la voie transhyoïdienne de Vallas.

Si la tumeur siège au niveau de l'hypopharynx deux procédés différents sont à envisager : la voie antérieure et la voie latérale. Ces deux voies ont chacune leurs indications qui dépendent surtout du siège de la néoplasie. Si celle-ci est située sur la paroi antérieure, la voie antérieure, plus facile à exécuter, est en même temps la meilleure (on arrivera d'emblée soit au niveau de la tumeur, soit au-dessus, soit au-dessous; si elle siège sur la paroi postéro-latérale, le même procédé est indiqué. Si le point d'insertion est inconnu et si l'on ignore les caractères de la tumeur, il sera plus prudent d'employer la voie externe qui donne un jour plus grand.

L'intervention par voie antérieure met à la disposition du praticien quatre procédés : La pharyngotomie sushyoïdienne (Jéremitch); la sushyoïdienne (Malpighi), la transhyoïdienne (Vallas et Gussenbauer), enfin l'ablation de l'os yoïde (Jaboulay). Le troisième de ces procédés est le meilleur : il per-

met mieux à l'opérateur de se diriger, il produit des délabrements moins considérables, les conséquences opératoires ne sont pas graves (on observe rarement l'allongement post-opératoire de l'orifice glottique).

La voie latérale comporte également plusieurs procédés; nous ne retiendrons que la pharyngotomie basse de Castex modifiée par le professeur Moure (qui ne résèque pas la grande corne thyroïdienne).

Ces interventions seront faites sous anesthésie locale à la cocaïne, sauf dans quelques cas exceptionnels (tumeur volumineuse et devant être décortiquée) où la chloroformisation sera alors indiquée. Il est prudent, dans certains cas, de procéder à une trachéotomie préalable, qui a l'avantage de prévenir l'asphyxie et d'empêcher le sang de pénétrer dans les voies aériennes ce qui entraînerait de graves désordres.

Nous terminerons ce chapitre par une rapide étude des indications de la diathermie dans le traitement des affections qui nous intéressent. Quelques-unes de ces tumeurs, principalement les angiomes et les papillomes, ont avantage à être traitées par la diathermie. Cette méthode nouvelle a donné de bons résultats : l'application en est rapide et facile, il n'y a ni hémorragies, ni infections secondaires. La réaction générale est peu marquée; aucune douleur ne fait suite à l'application, et chose très importante pour les régions qui nous occupent, la cicatrice est souple et non rétractile.

Pour les angiomes on procède de la manière suivante : deux aiguilles fines sont enfoncées en pleine tumeur; on établit le courant qui passe pendant trois à quatre secondes. Cinq ou six applications, pour une tumeur grosse comme une noisette, suffisent.

Lorsque la coagulation est établie, l'angiome prend une teinte grisâtre. En quinze jours, l'escarre s'élimine; il ne reste qu'une cicatrice souple. Si l'angiome est très petit, gros comme un grain de mil, par exemple, deux électrodes sèches à plateau ou à pointes suffisent.

Les papillomes sont de même efficacement traités par la diathermie. Généralement, ils sont bien isolés et on se sert d'électrodes sèches; l'intensité sera de 400 milliampères; on ne fera que des séances de courte durée.

En ce qui concerne les autres variétés de tumeurs, les essais de traitement par la diathermie n'ont pas donné jusqu'ici les résultats espérés, et il est préférable d'avoir recours à leur égard aux procédés chirurgicaux que nous avons énumérés.

CONCLUSIONS

I. — La base de la langue et le pharynx inférieur sont histologiquement constitués par une grande variété de tissus. Un grand nombre de tumeurs bénignes peuvent donc se développer en ces régions. On y a trouvé aussi d'autres néoplasies dont la structure ne rappelle pas celle des éléments normaux.

II. — Certaines de ces tumeurs peuvent rester longtemps latentes malgré un volume considérable et n'être découvertes qu'au hasard d'un examen laryngoscopique.

III. — D'où la nécessité d'un examen objectif dès qu'apparaissent quelques signes généraux si légers soient-ils : troubles de la déglutition, de la respiration, de la phonation, toux et picotements dans la gorge.

IV. — De nombreux procédés thérapeutiques sont à la disposition du praticien. Le meilleur est l'ablation.

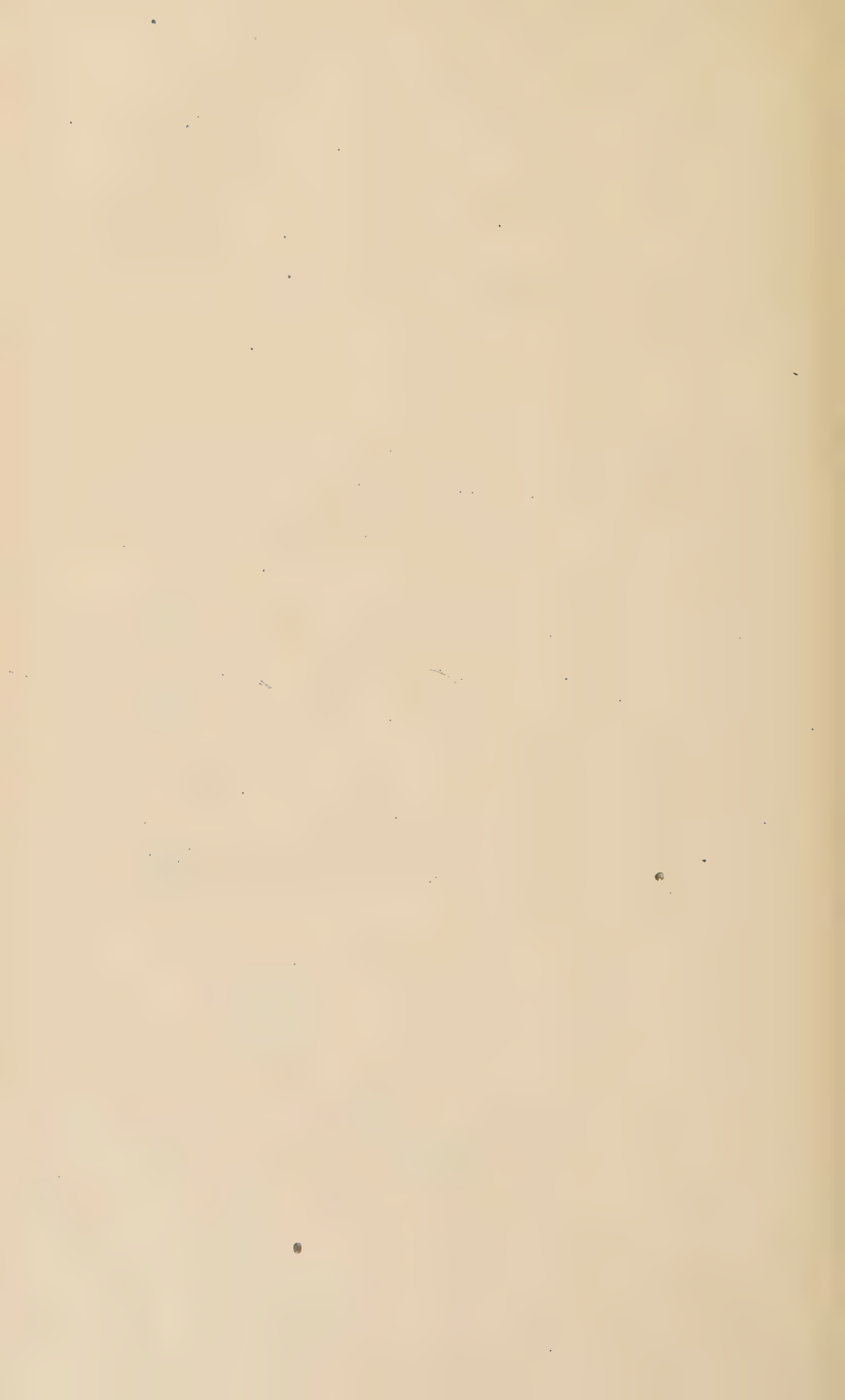
Depuis quelques années, la diathermie est venue s'ajouter aux autres traitements. Elle a fait ses preuves dans la cure des angiomes et des papillomes.

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
E. MOURE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 10 décembre 1924.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

•



BIBLIOGRAPHIE

- DÉRÉGNANCOURT (E.). — Lipomes de la langue. In-4°, Paris, 1896.
- DÜRBECK (R.). — Über lipome der Zunge. In-8°, Freiburg, I. B., 1894.
- DUBOURDIEU (J.-E.). — Des tumeurs bénignes de la base de la langue et de quelques autres affections à allures bénignes de la même région. Thèse de Bordeaux, 1896.
- MUELLER (W.). — Di gutartigen tumoren der Jungenbasis. Ein beitrage zur Pathologie und Thirapie der Jungenbasis. In-8°, Würzburg, 1895.
- FAURE (J.-L.). — La voie trānsyœidienne dans l'extirpation des tumeurs de la région glosso-œpiglottique. Ass. franç. de chir. Proc.-verb., etc., Paris, 1903, XVI, 267-269.
- ROUTIER (F.). — Enchondrome de la langue. *Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris*, 1903, n. s., XXXI, 309.
- SEMPRUM y SEMPRUM (E.). — Tumores de la lingua. *Rev. de som. mil.*, Madrid, 1904, XVIII, 41, 61.
- MILLA (L.-H.). — Angioma of the base of the tongue. *Brooklyn M. J.*, 1896, XII, 41.
- BENNIE (J.-F.). — Traitement œpœratœire des tumeurs du pharynx. *Amer. Journal of Surgery and gynecology*, mars 1901.
- NEWBALT (G.-P.). — Preliminary laryngotomy in operations upon the tongue. *Liverpool M. chir. J.*, 1912, n. s., XCIV, 306-308.
- ABERCROMBIE. — Un cas de tumeur pharyngœe. Assoc. brit. de laryng., sœance du 8 mars 1901 ; in *Rev. hebdomadaire de laryng.*, etc., n° 8, 1902.

- CICCONARDI. — Sur 4 cas de tumeurs pharyngo-laryngées. *Bollett. d. malat. dell orecch.*, n^{os} 4 et 5, 1883.
- KELLNER. — Étude histologique sur les tumeurs bénignes du pharynx. *Monats. f. Ohrenheilk*, Heft 2, 1909.
- BLAU. — Angiome caverneux de la paroi postérieure du pharynx. *Arch. f. laryng.*, Band XXVI, Heft 1 et 3.
- CHAPPEL (W.-F.). — Large tumor of the laryngo-pharynx removed by subhyoid pharyngotomy. *Med. Rc. N.-Y.*, 1907, LXXII, 55-57.
- GAUDIER. — Volumineuse tumeur bénigne du pharynx laryngé. Ablation par la voie transhyoïdienne. Assoc. franç. de chir. Proc.-verb., etc., Paris, 1904, c., 284-290.
- MOURE (E.-J.). — Considérations cliniques sur l'opération dite transhyoïdienne. Travaux de la clinique oto-rhino-laryngologique de Bordeaux, 1908-1910.
- GAULT. — Sur 4 cas de tumeurs pharyngées opérées par voie buccale. *Archives de Chauveau*, septembre-octobre 1912.
- MOURE (E.-J.). — Angiome kystique de la base de la langue. *Rev. hebd. de laryngologie, etc.*, Paris, 1912, I, 401-410.
- BALAS (O.). — A nyelo joindulati daganatia [benign tumors of the tongue]. *Orvosi hetil.*, Budapest, 1902, XLVI, 640, 658.
- BERGER. — Les papillomes de la langue. *Rev. gén. de clin. et de therap.*, Paris, 1905, XIX, 5.
- ARCOLEO (E.). — Su di un caso di fibroma nella lingua. *Riforma med.*, Palermo, 1900, XVI, pt. 4, 772-775. Also, *Boll. d. chir.*, Milano, 1901, XVIII, 496-500.
- BROSE (L.-D.). — Tumors of the tongue, *J. indian M. Ass. Fort-Wayne*, 1910, III, 13-10.
- CHAVANNAZ et SABRAZÈS. — Fibromes de la langue. *Prov. méd.*, Paris, 1907, XX, 515-516.
- COMBA (C.). — Voluminoso teratoma della lingua in un neonato. *Atti d. Cong. pediat. Ital.*, 1901, Firenze, 1902; *id.*, 363-397; Also, *Atti di acad. med. fis. fiorent.*, 1901, Firenze, 1902, 48-51.
- FOX (H.). — Papilloma of the tongue. *J. Castan Dic. incl. syph.*, N.-Y., 1912, XXX, 350.

- JACQUES (P.) et HOCHÉ (L.). — Deuxième note au sujet de deux tumeurs de la base de la langue. *Compte rendu Soc. de biol.*, Paris, 1906, LXI, 543.
- MARTEL (L.). — Sur une variété rare de lipome; lipome de la base de la langue. *Rev. de chir.*, Paris, 1896, XVI, 59-55.
- TEACHER (J.-H.). — Case of teratoma of the tongue. *Tr. Glasg. path. T. clin. Soc.*, 1905-1906, XI, 59-64, Also, *Glasgow M. J.*, 1906, LXXI, 216-222.
- FALLAS et STEINHAUS. — Hypertrophie polypoïde de l'amygdale linguale. *Clinique*, Bruxelles, 1911, XXV, 110.
- HOWARTH (W.-C.). — Aberrant thyroid tumors of the base of the tongue. *Proc. Roy. Soc. med. lond.*, 1912-1913, VI, Laryngol. Sect.
- GALEBSKI (A.-Ya.). — [Large pedicular tumor developed from the fourth lingual tonsil]. *Vestnik Ushn. gorl. i. nosov. Boliezn.*, Saint-Peterb., 1914, VI, 91, 1 pl.
- CASTERA. — Contribution à l'étude des fibromes de la langue. Thèse de Bordeaux, 1914-1914.
- MADIER (J.) et THALAMIER (M.). — Tumeur solide thyroïdienne de la base de la langue. *Arch. internationale de laryngologie, etc.*, 1922, Paris, XXVIII, 60-63.
- DORÉ (F.). — Contribution à l'étude des goîtres de la base de la langue. Thèse de Bordeaux, 1922-1923.
- PETERER (F.). — Ueber glioma linguæ. Frankfurt, *Ztschr. f. Path. München u. Wiesb.*, 1921, XXVI, 214, 226.
- VERNET et CASTEX (P.). — Tumeur solide thyroïdienne de la base de la langue. *Arch. internat. de laryngol., etc.*, Paris, 1922, XXVIII, 1211-1214.
- LAYTON (M.-T.-B.). — Lipome sous-muqueux du sillon glosso-épiglottique, 1923.
- RENDU (R.). — Fibrome pédiculé de la base de la langue. *Lyon méd.*, 1923, CXXXII, 589-591.
- BOTEY (R.). — Los polipos de la laringo-faringe. *Arch. lat. de rinol.-laryngol., etc.*, Barcel., 1905, XVI, 218-234.
- SEBILEAU. — Polype dermoïde du pharynx. *Bull. et mém. Soc. de chirurg. de Paris*, 1905, n. s., XXX, I, 385.

- SHURLY (E.-L.). — Tumor of the pharynx; an accessory thyroid gland, removal followed by myxœdema. *Tr. Ann. Laryngol. Ass. N.-Y.*, 1902, 85-93; Also, *Phila M. J.*, 1902, X, 362-365.
- WOODS (R.-H.). — Tumors of the pharynx from their clinical aspect. *J. Laryngol.*, Lond., 1901, XVI, 546-559, 1 pl.
- DURAND et GAULT. — Traitement chirurgical des tumeurs du pharynx par voie buccale. *Rev. hebd. de laryngol., etc.*, Paris, 1912, 577-801.
- BOUTIN. — L'examen de l'hypopharynx et de la bouche de l'œsophage. *Ann. des mal. de l'oreille, du pharynx, etc.*, Paris, 1913, XXXIX, 446-475.
- EVES (C.-C.). — Teratoma of the pharynx laryngoscope. Saint-Louis, 1914, XXIV, 798-802.
- POYNTON (F.-J.), HIGGINS (T.-N.) et PIRIE (C.-R.). — Inclusions dermoïds of the pharynx. *Lancet*, Lond., 1915, I, 595.
- BOUDET (E.-L.-H.). — Les tumeurs bénignes de la paroi postérieure du pharynx buccal et laryngé. Thèse de Bordeaux, 1913.
- CŒNEN (H.). — Genesis e importancia quirurgica de los tumores de la faringe y specialmente del fibroïde basal. *Rev. españa de med. y cirug.*, Barcelona, 1912, IV, 627-633.
- BRUGGEMANN (A.). — Eine neue Methode der Hypopharyngoskopie. *Zeitschr. f. Hals-Nasen. u. Ohrenh.*, München u. Berl., 1922-1923, IV, 169.
- GORIS. — Un cas de myxo-lipome pharyngo-épiglottique opéré par un procédé spécial de pharyngotomie thyro-hyoïdienne. Soc. belge de laryngologie; février 1921.
- VASTORINI-GRESI. — Contribution à l'étude morphologique de l'hypopharynx humain. Naples, février 1923.
- KENYON (E.-L.). — A large lipoma of the laryngo-pharynx removal extraorally under cocaïn. *J. ann. med. Ass. Chicago*, 1911, VI, 1793, and *Laryngoscope*, Saint-Louis, 1912, XXII, 158.
- SONNENKALB. — Ein pendelndes Fibrolipom des Bachens. *Ztschr. fr. Ohrenh., etc.*, Wiesb., 1913, XIX, 261-263.

- LEALI. — Contributo alla casuistica degli angiomi faringei. *Arch. ital. di oto., etc.*, Torino, 1913, XXIV, 473-475.
- ABRAND et MASSON. — Tumeur kystique du sillon glosso-épiglottique. *Bull. Soc. de pédiat. de Par.*, 1914, XVI, 310-313.
- LAGOMARSINO (A.-S.). — Sobre un caso de tumor pediculado del laringo-farinx. *Semana med.*, Buenos Aires, 1914, XXI, 1024-1026.
- PESCHARDT (C.). — En sjælden Polyp i regio glosso-epiglottica. *Ugeskr. f. Læger*, Kobenh., 1915, LXX, vii-1192.
- FRASER (J.-S.). — Fatty tumor of the hypo-pharynx obstructing the larynx. *Edinb. m. J.*, 1916, n. s., XVI, 45-49, 2 pl.
- GONZALEZ (B.-S.). — Teratoïde de la faringe. *Semana medica*, Buenos Aires, 1917, XXIV, 219-239.
- GERBER. — Schädelbasisfibrome in Epipharynx. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1917, liv. 703.
- KOFLEH (K.). — [Hämangiom des Pharynx]. *Wien med. Wochenschr.*, 1919, XIX, 560.
- GÖRKE (M.). — Fibrolipom des hypopharynx. *Ibid.*, 272, 276, 1919.
- HILL (W.). — Multiple polypi of the deep pharynx. *Proc. Roy. Soc. med. Lond.*, 1920-1921, XIV, Sect. Laryngol., 2.
- WISHART (P.-J.-C.). — Tumor of the hypo-pharynx in a child of eleven weeks. *N.-York, M. J., etc.*, 1921, CXIII, 438.
- ANGLEBAUM. — Angiofibrom des epipharynx. *Monatschr. f. Ohrenh., etc., etc.*, Berl. u. Wien, 1923, VII, 405.

